

**«ПОДВОДНЫЕ КАМНИ» РУТИННОГО ТРАНСВАГИНАЛЬНОГО  
УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ В 2D РЕЖИМЕ***Лысенко О.В., Кибик С.В.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** В настоящее время 2D эхография становится скрининговым методом диагностики патологических состояний эндометрия, хотя чувствительность и специфичность этого метода в их диагностике колеблется в широких пределах по данным различных авторов. Зачастую, ультразвуковые данные побуждают врачей акушеров-гинекологов к проведению раздельного диагностического выскабливания, в ряде случаев необоснованного, что особенно неблагоприятно в репродуктивном возрасте. Приходится констатировать факт, что в течение последнего десятилетия трансвагинальное ультразвуковое исследование в 2D режиме используется как метод скрининга патологии эндометрия, хотя не отвечает требованиям, отвечающих рекомендациям ВОЗ, предъявляемых к скринингу. В свою очередь, обширная травма и раневая поверхность после раздельного диагностического выскабливания может приводить к ослаблению местных защитных факторов, в том числе местной иммунной системы, что может принести непоправимый вред женщинам репродуктивного возраста с бесплодием [1-5].

**Цель:** анализ обоснованности внутриматочных вмешательств на основании проведенного ультразвукового исследования в 2D режиме.

**Материал и методы.** Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни пациенток репродуктивного возраста за 10-летний период, госпитализированных в гинекологические отделения роддомов г. Витебска для раздельного диагностического выскабливания и гистероскопии/гистерорезектоскопии без жалоб и каких-либо клинических проявлений патологии, с единственным показанием для инвазивного вмешательства – патология эндометрия по данным амбулаторно проведенного ультразвукового исследования. Из анализа нами исключены женщины, поступившие в плановом порядке для проведения раздельного диагностического выскабливания в плане предоперационного обследования с миомой матки, опухолями яичников.

**Результаты и обсуждение.** При сопоставлении полученных гистологических заключений установлено, что каждой третьей женщине инвазивное вмешательство было проведено необоснованно, а патоморфологами не было обнаружено патологических изменений в эндометрии! Кроме того, нами отмечен рост количества плановых раздельных диагностических выскабливаний среди пациенток репродуктивного возраста в г. Витебске за последнее 10-летие (с 15,50% до 83,44 %). На наш взгляд, рост плановых раздельных диагностических выскабливаний связан с широким внедрением ультразвукового исследования в практику работы акушеров гинекологов, так как в 100% случаев показаниями для плановых госпитализаций в проанализированных нами историях болезни были данные ультразвукового исследования.

В последние годы мы имеем возможность использовать ультразвуковое оборудование экспертного класса и проводить такие исследования как ЭДК и 3D реконструкция в режиме ЭДК для оценки низкоскоростных потоков, наиболее характерных для миометрия и эндометрия, поскольку именно эта методика увеличивает количество визуализируемых сосудов с низкой скоростью кровотока. Поэтому, при обращении к нам пациенток с подозрением на патологию эндометрия по данным двухмерной эхографии мы проводим оценку перфузии матки в режиме объемного энергетического доплера с расчетом предложенных нами коэффициентов относительной интенсивности эндометриально-маточной перфузии, это позволяет избежать необоснованного внутриматочного вмешательства, что немаловажно для пациенток репродуктивного возраста, планирующих беременность.

**Выводы.** Мы хотим еще раз привлечь внимание к данной проблеме, поскольку в своей повседневной работе репродуктолог получает пациентку с богатой гинекологической историей, внутриматочными вмешательствами в анамнезе, синдромом «тонкого» эндометрия, что крайне

неблагоприятно особенно в позднем репродуктивном возрасте, где и так снижаются шансы на получение беременности в программах вспомогательных репродуктивных технологий.

#### **Литература:**

1. Информативность стандартных методов диагностики пролиферативных заболеваний эндометрия / М.А. Сабанцев [и др.] // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2017. – № 17 (1). – С. 62-66.
2. Капитонова, О.В. Гиперплазия эндометрия в пери- и постменопаузе / О.В. Капитонова, М. А. Чечнева // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2020 – № 20 (3). – С. 35-40.
3. Лысенко, О.В. Применение трехмерной эхографии с опцией энергетического доплера в диагностике гиперпластических процессов в эндометрии / О.В. Лысенко // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2013. – № 13 (5). – С. 70-74.
4. Озерская, И.А. Атлас гинекологической ультразвуковой нормы. – М. : Видар-М, 2010. – С. 123-126.
5. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии / под ред. А. Е. Волкова. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – С. 303-305.

**УДК 616.33/.342-002-053.2**

### **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ**

*Мазуренко Н.Н.*

УЗ «Витебский областной детский клинический центр»

**Введение.** Гастроэнтерологи часто встречаются с моторно-эвакуаторными нарушениями пищеварительного тракта, также и с дуоденогастральным рефлюксом (ДГР) в сочетании с различной патологией, что заставляет пациентов обратиться к врачу [1,2]. Первичный ДГР встречается редко. Как правило, врач сталкивается со вторичным, который возникает на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта, что оказывает влияние на клинические проявления рефлюкса, в значительной степени маскируя ее [3].

**Материал и методы.** Методом сплошной выборки обследовано 98 детей в стационарных условиях на базе Витебского детского клинического центра с 2015 по 2019 года. Возрастная категория детей была от 5 до 17 лет. Средний возраст 13-15 лет. Выполнялась ЭГДС на видеогастроскопе Fujinon-2500. Наличие ДГР определялось наличием желчи в желудочном соке. Осуществлялись анализ кислотности с помощью универсального индикатора, определение Н. рylogi быстрым уреазным тестом. По результатам быстрого уреазного теста все пациенты были подразделены на 2 подгруппы: I группа (41 пациент) – положительный тест (21 девочка и 20 мальчиков) и II группа (57 детей) – отрицательный результат быстрого уреазного теста (29 девочек и 28 мальчиков). С целью выявления влияния патологических факторов на формирование патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) нами проведен анализ историй болезней, изучены анамнестических и клинических данные. Результаты исследования обработаны методами вариационной, описательной статистики с помощью программ Statistica 10 (StatSoft Inc., США) в таблицах 2×2. Уровень статистической значимости отличий между группами пациентов (p) оценивался методом определения критерия по Пирсону (при наличии абсолютных значений признака более 10), внутри одной группы путем сравнения 95% доверительного интервала относительных частот. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования.** Нами обследовано 98 детей, среди которых преобладали пациенты в возрасте 15 – 17 лет. Первая группа детей с положительным уреазным тестом имела следующее разделение: 5-6 лет – 2(4,9 %), 7-11 лет – 4 (9,6%), 12-14 лет – 9 (22%), 15-17 лет – 26 (63,4%); а в группе с отрицательным уреазным тестом: 5-6 лет – 2(3,5%), 7-11 лет – 10(17,5%), 12-14 лет – 14(24,7%), 15-17 лет – 31 (54,4%). В наблюдаемых группах преобладали пациенты со средним физическим развитием (48 человек), низкое развитие было у 5 человек, вышесреднего – у 1 ребенка ( $p < 0,05$ ). 1 группа здоровья была у 2 детей, 2а группа здоровья (самая многочисленная)